

FECHA 04.07.17

Paciente: _____

C. de Identidad: _____ Edad: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____

Rp.

Certifico que la Sra. Soledad Cordero
Romero: RUT: 19.438.565-12, se encuentra
en estudio por el Departamento de Nefrología UC,
Tras lo que deberá ausentarse de sus
actividades académicas durante los próximos
2 meses.

ARC


FIRMA MÉDICO

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

Identificación del paciente

Nombre: SOFIA CERRAS RABONEDA	Edad: 23
R.U.T.: 19438565-k	Fono: E-mail:

Tipo de Ingreso: Programado ☐ De Urgencia ☐ Ley de Urgencia ☐ Sí ☐ No ☐

Diagnóstico: **enf renal crónica en estadio CR56FS** Condición GES:
Sí ☐ No ☐

Procedimiento:

Requiere donante de sangre: Sí ☐ No ☐

Si requiere donantes de sangre, contáctese con la unidad de Donantes al fono 22354 3127 o al E-mail: **bsangre@med.puc.cl**

Área de Hospitalización		Observaciones
Complejidad	Especialidad	En caso de requerirse, señale la necesidad de Precauciones Adicionales:
☐ Alta	☐ Médico / Quirúrgica	☐ Contacto
☐ Mediana	☐ Pediátrico / Neonatal	☐ Gotitas
☐ Baja	☐ Gineco / Obstetricia	☐ Respiratorio
	☐ Onco / Hematología	

Fecha de la Hospitalización Programada: **09.07.19**

Médico solicitante: **Eric Roessler**

Médico tratante durante la hospitalización: **Eric Roessler**

Dr. Eric Roessler Barron

Rut: 12.722.525 - 7

NEFROLOGIA

Fecha de la solicitud: **08.07.19**

La Solicitud de Hospitalización debe ser tramitada en la Unidad de Admisión del Hospital Clínico. Para hospitalizaciones programadas, realice su proceso de preadmisión dos días antes de la fecha indicada, para lo cual debe presentar esta orden completada por su médico y su carnet de identidad.

Ante cualquier duda, contacte a la Unidad de Admisión a los teléfonos 22354 3106 - 22354 3669 o al E-mail: **admission.pacientes@med.puc.cl**